

BAB II

KAJIAN KONSEPTUAL

2.1 Penelitian Terdahulu

Terdapat beberapa penelitian terdahulu yang relevan dengan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti, yaitu seperti berikut:

1. **Penerimaan Keluarga dan Masyarakat terhadap Mantan Pasien Rumah Sakit Jiwa**

Penelitian ini dilakukan oleh Nardin yang merupakan seorang mahasiswa Prodi Pengembangan Masyarakat Islam UIN Ar-Raniry Banda Aceh. Penelitian dilakukan pada tahun 2017 berdasarkan studi kasus. Hal yang melatar belakangi penelitian ini adalah banyaknya mantan pasien rumah sakit jiwa yang telah dinyatakan pulih tetapi tak kunjung di jemput oleh keluarga ataupun kerabat. Selain itu juga banyaknya stigma negatif serta diskriminasi dari masyarakat yang diterima kepada mantan pasien rumah sakit jiwa.

Tujuan dari penelitian ini adalah guna mendapatkan hasil tentang penerimaan keluarga dan masyarakat terhadap mantan pasien rumah sakit jiwa, serta berbagai faktor yang mempengaruhi penolakan atau penerimaan mantan pasien RSJ oleh keluarga dan masyarakat.

Penelitian dilakukan menggunakan metode penelitian kualitatif deskriptif, serta memakai *purposive sampling* pada penentuan informan. Teknik wawancara, observasi, dan studi dokumentasi merupakan teknik pengumpulan data yang digunakan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien gangguan jiwa setelah selesai menjalani rehabilitasi di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh, sebanyak 6 keluarga pasien gangguan jiwa yang diteliti, baik keluarga maupun masyarakat bersedia menerima kembali anggota keluarganya, dan masyarakat bersedia menerima tanpa mempermasalahkannya. Akan tetapi, adanya perbedaan perhatian serta kepedulian tergantung dari keluarga dan masyarakat itu sendiri. Penerimaan tersebut terdapat faktor yang bisa berpengaruh yaitu karena mantan pasien tersebut adalah tanggungan dari keluarga itu sendiri.

2. Hubungan Beban dengan penerimaan Keluarga pada ODGJ di Poliklinik RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Penelitian ini dilakukan oleh Putri Ayu Wulandari dan Dwi Rahman Fitriani tahun 2019, dalam penelitian ini menjelaskan tentang adanya berbagai beban yang dialami seperti beban fisik, psikis hingga keuangan serta terdapat anggapan yang menyebutkan mempunyai keluarga yang memiliki gangguan kejiwaan merupakan sesuatu yang memalukan, hal-hal tersebutlah yang menjadi penyebab penolakan keluarga kepada anggota keluarga penderita gangguan jiwa.

Penelitian tersebut yakni penelitian deskriptif korelatif yang memakai metode pendekatan *cross-sectional*. *Nonprobability sampling* dengan teknik *sampling purposive sampling* merupakan metode yang dipakai. Penelitian ini menunjukkan hasil dengan terdapatnya hubungan terkait dengan beban keluarga terhadap penerimaan keluarga yang memiliki gangguan kejiwaan.

3. Penerimaan Keluarga Pasien Skizofrenia yang Menjalani Rawat Inap

Rizka Stevi Pura Wardhani melakukan penelitian pada 2013 yang merupakan mahasiswa Universitas Muhammadiyah Surakarta. Metode penelitian yang dipakai yaitu kualitatif dengan wawancara menggunakan teknik *purposive sampling* dalam pengambilan informan. Hasil penelitian tersebut menunjukkan masih banyak keluarga pasien yang tingkat pendidikannya rendah sehingga kesulitan untuk mendapatkan informasi mengenai gangguan kejiwaan, kesulitan untuk mencari tahu terkait dengan prosedur penyembuhan dan cara merawatnya hingga kurangnya pengetahuan terkait penyakit jiwa tersebut. Stigma dari masyarakat juga hal yang membebani keluarga pasien. Penerimaan keluarga pasien lebih ditunjukkan situasi pasrah hingga menyerahkan seutuhnya pada rumah sakit ataupun pada yang bersedia memberi bantuan. Proses penerimaan keluarga pasien memiliki pola yang beragam tergantung dengan tingkat pengetahuan keluarga terhadap skizofrenia. Beberapa keluarga belum sepenuhnya menerima pasien hal ini ditunjukkan dengan sikap keluarga kepada pasien dengan diperlakukan tidak semestinya. Selain itu pula keluarga enggan mencari informasi tentang skizofrenia, mengasingkan dan berkata kasar kepada pasien hingga menggunakan pasung atau merantai kaki pasien. Saat pasien melakukan pengobatan di rumah sakit pun keluarga enggan untuk menjenguk pasien.

Guna mempermudah pembaca untuk menemukan korelasi antar penelitian terdahulu dan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti, maka peneliti merangkumnya ke dalam tabel berikut:

Tabel 2. 1 Penelitian Terdahulu

No	Nama	Judul	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1	Nardin (2017)	Penerimaan Keluarga dan Masyarakat terhadap Mantan Pasien Rumah Sakit Jiwa	Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien gangguan jiwa setelah selesai mengikuti rehabilitasi di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh, sebanyak 6 keluarga mantan pasien jiwa yang diteliti baik keluarga maupun masyarakat mau menerima kembali anggota keluarganya, masyarakat pun mau menerima tanpa mempermasalahkannya. Namun terdapat perbedaan perhatian dan kepedulian tergantung dari masyarakat itu sendiri	1. Penelitian tentang penerimaan keluarga terhadap mantan pasien Gangguan jiwa	1. Lokasi Berbeda 2. Metode penelitian yang berbeda
2	Putri Ayu Wulandari dan Dwi Rahman	Hubungan Beban dengan penerimaan Keluarga pada ODGJ	Hasil dari penelitian ini yaitu adanya hubungan terkait dengan beban keluarga dengan	1. Meneliti tentang penerimaan keluarga terhadap anggota	1. Terdapat satu variabel yang berbeda

No	Nama	Judul	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
	Fitriani (2019)	di Poliklinik RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda	penerimaan keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Sehingga keluarga menolak kembalinya anggota keluarga yang mengalami gangguan kejiwaan.	keluarganya yang mengalami gangguan kejiwaan.	
3	Rizka Stevi Pura Wardhani (2013)	Penerimaan Keluarga Pasien Skizofrenia yang Menjalani Rawat Inap	Hasil dari penelitian ini menunjukan bahwa masih banyak keluarga pasien yang tingkat pendidikannya rendah sehingga kesulitan untuk mendapatkan informasi mengenai gangguan kejiwaan, kesulitan untuk mencari tahu terkait dengan prosedur penyembuhan dan cara merawatnya hingga kurangnya pengetahuan terkait penyakit jiwa tersebut. Stigma dari masyarakat juga hal yang membebani keluarga pasien. Penerimaan keluarga pasien lebih ditunjukkan dengan rasa	1. Meneliti tentang penerimaan keluarga	1. Perbedaan objek yang diteliti 2. Perbedaan metode penelitian

No	Nama	Judul	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
			kepasrahan dan menyerahkan sepenuhnya kepada pihak rumah sakit dan pihak-pihak yang bersedia memberi bantuan.		

Sumber: Hasil Perbandingan Penelitian Terdahulu

Perbedaan dari penelitian sebelumnya dan penelitian yang dilakukan oleh peneliti ialah perbedaan variabel yang diteliti, yang mana variabel yang ingin diteliti oleh peneliti ialah terkait dengan penerimaan keluarga terhadap pemulangan anggota keluarga. Selain itu pula terdapat perbedaan objek penelitian yaitu orang dengan gangguan jiwa. Tempat untuk melakukan penelitian juga berbeda, dimana peneliti melakukan penelitian di Panti Sosial Pamardi Raharjo Kabupaten Banjarnegara Provinsi Jawa Tengah.

Perbedaan dari hasil penelitian yakni menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga belum bisa menerima anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa dan memilih untuk mengembalikannya ke panti. Sementara sebagian kecil keluarga masih bisa menerima dan memilih untuk merawat sendiri karena melihat bahwa anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa masih bagian dari keluarga.

2.2 Teori yang Relevan dengan Penelitian

2.2.1 Teori tentang Penerimaan Keluarga

2.2.1.1 Definisi Penerimaan Keluarga

Menurut (Safrudin, 2015:15) keluarga adalah kumpulan beberapa orang yang karena terikat oleh suatu ikatan perkawinan, lalu mengerti dan merasa berdiri sebagai suatu gabungan yang khas dan bersama-sama memperteguh gabungan itu untuk kebahagiaan, kesejahteraan, dan ketenteraman semua anggota yang ada di dalam keluarga tersebut.

Rogers mendefinisikan penerimaan sebagai sikap orang yang mampu menerima tanpa adanya batasan atau penilaian kepada orang lain (Safaria, 2005.) Menurut Bailon dan Maglaya (1978) keluarga didefinisikan sebagai dua orang atau lebih yang tinggal di atap yang sama sebab adanya ikatan darah, pernikahan, maupun adopsi (Sudiharto, 2007).

Penerimaan keluarga adalah sikap kepada anggota keluarga yang mempunyai masalah, membantu memberi sokongan emosional, merawat kemakmuran dan kedamaian anggota bagi keluarga dengan gangguan kesehatan mental pada rangkaian pemenuhan keperluan psikososial (Potter dan Perry, 2009). Ini menampakkan jika penerimaan keluarga mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kesembuhan klien dan tercapai penolakan keluarga sebelumnya karena malu dan menarik diri dari lingkungan.

Kepedulian, pemberian dukungan, perawatan dan pelayanan yang dibutuhkan oleh anggota keluarga dengan gangguan jiwa merupakan suatu bentuk implementasi sebagai rasa tanggung jawab kekeluargaan dalam konteks

penerimaan keluarga itu sendiri. Penerimaan keluarga ialah rasa menerima dengan tulus tanpa ada syarat atau penilaian secara menyeluruh terhadap orang lain (Candra & Kartika, 2019).

Penerimaan oleh keluarga juga salah satu tolak ukur untuk mendukung kepulihan anggota keluarga dengan gangguan kesehatan kejiwaan, sebab keluarga menjadi *support system* baik dalam pengobatan, pemulihan maupun pencegahan kekambuhan (Candra dan Kartika, 2019). Penerimaan keluarga juga berperan sebagai pemulihan keberfungsian sosial bagi salah satu bagian keluarga yang menjadi orang dengan gangguan kejiwaan, karena keluarga itu sendiri ialah tempat pertama terjadinya interaksi sosial. Salah satu bentuk persetujuan keluarga untuk mencegah proses kekambuhan adalah dengan bekerja sama dengan tenaga kesehatan untuk memantau konsumsi obat dan informasi singkat mengenai jadwal tindak lanjut klien dengan masalah kesehatan jiwa (Rusnita dan Syarifudin, 2019).

Berdasarkan penjelasan yang telah dipaparkan maka bisa ditarik kesimpulan jika penerimaan keluarga ialah sikap serta tindakan secara keseluruhan dengan menunjukkan sikap kepedulian oleh dua individu atau lebih yang ada hubungan atau ikatan darah atau perkawinan seperti ayah, ibu, kakak, adik, hingga suami serta istri pula yang menerima anggota keluarga yang lain secara keseluruhan dengan menunjukkan adanya sikap kepedulian.

2.2.1.2 Aspek Penerimaan Keluarga

Terdapat pula aspek mengenai penerimaan keluarga. Aspek penerimaan keluarga yang dipakai oleh peneliti dalam penelitian yang dilakukan ini diambil dan

diadaptasi dari aspek penerimaan orang tua terhadap anak menurut Porter (Sadiyah, 2009), yaitu seperti berikut:

a. Menghargai

Menghargai keluarga sebagai makhluk hidup dengan segenap rasa, memberikan hak-hak anak dan memberikan keperluan untuk mengungkapkan perasaan. Dalam aspek menghargai yang dituangkan ke dalam instrumen penelitian menyangkut dengan memperlakukan anggota keluarga menjadi orang dengan gangguan jiwa dengan baik seperti memperlakukan diri sendiri, tidak memberikan ancaman, berusaha untuk mendengarkan perkataan dan ucapannya, tidak melakukan penghinaan, menunjukkan sikap yang sopan, serta tidak melakukan pengejekan terhadap anggota keluarga yang menjadi orang dengan gangguan jiwa.

b. Menilai

Menilai anggota famili merupakan pribadi yang unik yang mana keluarga bisa mempertahankan keunikan keluarga secara keseluruhan guna bisa menjadi individu yang waras dan stabil. Dalam aspek ini yang dituangkan dalam instrumen penelitian menggambarkan tentang pernahkah memuji, memberikan apresiasi dan juga hadiah terhadap anggota keluarga yang mengidap gangguan jiwa. Daripada itu pula menggambarkan tentang pernahkah memberikan cacian dan celaan saat anggota keluarga yang terkena gangguan kejiwaan melakukan kegagalan dalam suatu kegiatan aktivitas, serta apakah pernah membandingkan dengan orang lain.

c. Mengenal

Mengenal keperluan serta kebutuhan keluarga dan diberikan pemenuhannya. Aspek mengenal yang kemudian dituangkan dalam instrumen penelitian

menggambarkan terkait dengan apakah anggota keluarga mengerti, mengetahui, bertanya dan memenuhi kebutuhan anggota keluarganya yang menjadi orang dengan gangguan jiwa.

d. Mencintai

Mencintai famili tanpa syarat. Pada aspek mencintai ini yang dimasukkan ke dalam instrumen penelitian menggambarkan tentang keluarga memberikan kasih sayang, perhatian dan menerima anggota keluarga yang menjadi pengidap gangguan kejiwaan, serta apakah keluarga membenci, pernah bertengkar, dan mengacuhkan anggota keluarganya yang menjadi orang dengan gangguan jiwa.

2.2.1.3 Tahap Penerimaan Keluarga

Terdapat beberapa proses penerimaan keluarga, Kubler-Ross (2009) mengemukakan tahapan penerimaan keluarga meliputi lima tahapan yaitu:

a. Tahap *Denial* (Menolak Menerima Kenyataan)

Berawal dari ketidakpercayaan setelah mendapatkan diagnosis ahli, emosi orang tua atau keluarga kemudian dipenuhi dengan kebimbangan. Bimbang dan bingung terhadap arti diagnosisnya, tidak tahu harus melakukan apa dan tidak tahu kenapa itu bisa timbul di anak atau keluarganya. Kebingungan tersebut wajar sebab orang tua biasanya menginginkan hal paling baik bagi keturunannya. Sulit untuk orang tua mana pun berdamai dengan hal yang telah benar terjadi. Terkadang orang tua enggan dan merasa malu mengakui jika itu dapat timbul di keluarganya. Keadaan ini dapat diperparah bila keluarga itu mendapatkan tuntutan lingkungan untuk bisa mendapatkan keturunan yang baik, sempurna, dan tanpa cacat.

b. Tahap *Anger* (Marah)

Kondisi marah mungkin terjadi dan memungkinkan untuk dilampiaskan kepada siapa pun, misalnya kepada pendiagnosa, kepada pasangan bahkan lebih parah lagi terdapat rasa marah serta penolakan untuk mengasuh dan merawat anggota keluarga.

c. Tahap *Bargaining* (Menawar)

Di titik saat ini, keluarga ataupun orang tua mencoba mengalihkan dengan pembahasan seperti, "Bisa jadi jika kita menanti sedikit lebih panjang, semuanya mungkin menjadi lebih baik."

d. Tahap *Depression* (Depresi)

Timbul pada bentuk keputusan, depresi serta hilangnya harapan. Terkadang *depression* bisa memunculkan perasaan bersalah, apalagi pada orang tua yang takut jika kondisinya akibat lalai saat mengandung atau karma dari masa lampau. Bahkan para ayah kerap merasa sesal sebab merasa mereka dapat memiliki keturunan yang baik. Keputusan merupakan bagian *depression* terjadi ketika keluarga mulai berangan masa ke depan yang mungkin akan dilalui oleh anaknya. Apalagi ketika mereka memikirkan siapa yang akan bisa mengasuh anaknya jika mereka tiada lagi dari dunia. Dalam fase depresi, keluarga cenderung muram, menghindari hingga enggan sosialisasi dengan lingkungan terdekatnya, selalu letih serta dalam hidup hilang rasa semangat.

e. Tahap *Acceptance* (Pasrah dan Menerima Kenyataan)

Di fase ini, keluarga telah menerima keadaan nyata ini baik secara emosional dan pengetahuan. Dalam usaha keluarga untuk "menyembuhkan" anak, keluarga

telah berbeda persepsi serta angan-angan dari anak. Orang tua pada fase ini berharap sesuatu yang paling baik dari segi kapabilitas sang anak.

2.2.2 Teori tentang Orang dengan Gangguan Jiwa

2.2.2.1 Definisi Orang dengan Gangguan Jiwa

Menurut Undang – Undang No 18 Tahun 2014 tentang kesehatan Jiwa, ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pola pikir, perilaku dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia. Gangguan jiwa adalah manifestasi dari bentuk penyimpangan perilaku akibat adanya distorsi emosi sehingga ditemukan ketidakwajaran dalam hal bertingkah laku. Hal ini terjadi karena menurunnya semua fungsi kejiwaan (Akemat, dkk 2011). Selain itu, orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) juga didefinisikan sebagai individu yang mengalami gangguan perilaku, pikiran, dan perasaan yang dimanifestasikan sebagai kumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang signifikan, yang dapat menyebabkan stres dan kesulitan untuk melakukan tugas dan fungsi sebagai manusia.

Namun, mantan klien gangguan jiwa didefinisikan sebagai individu yang pernah mengalami gangguan jiwa dan dinyatakan sembuh dari Rumah Sakit, tetapi masih belum dapat melakukan aktivitas sosial secara optimal. Oleh karena itu, penanganan menyeluruh diperlukan untuk mengurangi kekambuhan dan membantu mereka memulihkan aktivitas sosialnya.

2.2.2.2 Penyebab Orang Mengalami Gangguan Jiwa

Terdapat faktor-faktor yang dapat menjadi penyebab seseorang menjadi penderita gangguan jiwa (Stuart, 2013) yaitu sebagai berikut:

1. Faktor Biologis

Secara biologis, gangguan kejiwaan disebabkan karena faktor genetik, ketimpangan biokimia dalam otak yang bisa berpengaruh terhadap perilaku. Selanjutnya, bisa pula disebabkan oleh intoksikasi alkohol hingga menyebabkan banyak halusinasi dan delusi pada penderitanya.

2. Faktor Psikososial

Gangguan jiwa ditimbulkan sebab pandangan terhadap diri sendiri, trauma sedari dini, pola asuh yang tidak memadai dan keadaan keluarga yang patogenik, keluarga tidak harmonis dan situasi komunikasi yang eksentrik.

3. Faktor Pencetus

Situasi dimana individu tidak dapat beradaptasi terhadap lingkungan. Sebagai contoh, faktor tersebut ditambah tekanan pikiran bisa berpengaruh pada citra individu dan kehilangan bagian tubuh, prosedur pembedahan, penyakit, dan berubahnya struktural serta fungsional badan, proses, prosedur pengobatan untuk pertumbuhan dan perkembangan.

2.2.1.3 Ciri-ciri Orang dengan Gangguan Jiwa

Menurut Yosep (2009), ciri-ciri dan tanda-tanda umum dari penyakit mental meliputi:

1. Gangguan Kognitif : sensasi dengar atau lihat hal yang bukan berasal dari diri orang tersebut.

2. Ketegangan : timbulnya rasa kecemasan yang terlalu, depresi, agresi, kegelisahan, pikiran negatif.
3. Gangguan emosi : artinya, orang tersebut sering kali terlalu bahagia, walau setelah beberapa menit klien menjadi tidak berdaya sehingga sangat sedih, menangis, dan ingin bunuh diri.
4. Gangguan Psikomotor : atau orang yang banyak bergerak. Contohnya, mereka melakukan berbagai tindakan, seperti melompat-lompat, bergerak maju mundur, dan tidak menaati perintah.
5. Gangguan kemauan: artinya orang tersebut tidak mampu mengambil keputusan atau mengambil tindakan.

2.2.1.4 Penyebab Kambuh pada Klien Gangguan Jiwa

Menurut Keliat (1996), kekambuhan dapat disebabkan oleh berbagai faktor. Diantaranya adalah tidak rutin minum obat atau memeriksakan diri ke dokter, menghentikan pengobatan sendiri tanpa izin dokter, kurang mendapat dukungan dari keluarga dan masyarakat, serta kambuh. Hal ini menyebabkan stres dan orang yang terkena harus kambuh dan dirawat di rumah sakit.

2.2.1.5 Kebutuhan Klien Gangguan Jiwa

Setiap individu pasti selalu mempunyai kebutuhan yang tidak sama guna mempertahankan serta melanjutkan kehidupan, dan untuk memenuhi kebutuhan tersebut diperlukan dorongan, usaha, dan dinamisme. Saat kebutuhan hidup terhambat atau terhambat maka timbullah ketegangan dan konflik internal. Orang dengan gangguan jiwa juga perlu untuk dipenuhi kebutuhannya, kebutuhan dari

klien orang dengan gangguan jiwa juga sama seperti kebutuhan pokok manusia lainnya. Kebutuhan ini terbagi menjadi tiga kategori:

1. Kebutuhan biologis

Contohnya sandang, pangan dan lain-lain. Jika keperluan biologis tersebut tidak terlaksanakan, maka dampaknya adalah ancaman terhadap kelangsungan hidup, sehingga menimbulkan syok dan gangguan psikologis.

2. Kebutuhan sosial

Bekerja, berteman, dan bertemu, kebebasan menyampaikan pendapat dan sebagainya merupakan kebutuhan sosial. Ketika kebutuhan-kebutuhan ini terpenuhi, ketegangan ini cenderung mereda.

3. Kebutuhan Metafisik

Hal ini merupakan motivasi yang memberi makna kehidupan. Puncak yang paling tinggi makna ini adalah hubungan kepada Tuhan. Ketika keperluan yang mendasar ini diabaikan, kita merasa hampa, bingung, takut, dan panik.

Kebutuhan layanan kesehatan jiwa pada klien gangguan jiwa diidentifikasi oleh Ruswanto (2016) sebagai berikut:

1. Kebutuhan fisik, menyangkut pangan, sandang, papan, serta kebutuhan medis.
2. Kebutuhan psikologis, termasuk pengobatan psikiatri dan psikomedis.
3. kebutuhan sosial seperti hiburan, seni, hingga latihan jasmani.
4. Kebutuhan ekonomi, seperti kemampuan berwirausaha, kepintaran kerja, serta status dalam masyarakat.
5. Kebutuhan rohani, termasuk kebutuhan kajian agama, konseling, dan kebutuhan konseling spiritual.

2.2.1.6 Model Penanganan Layanan Klien Gangguan Jiwa

Rehabilitasi merupakan bentuk salah satu dari penanganan yang berdampak signifikan bagi klien gangguan jiwa. Rehabilitasi sosial merupakan penyembuhan atau usaha untuk memulihkan pemulihan dengan kemampuan terbaik seseorang untuk memperbaiki gangguan fisik, mental, sosial, dan ekonomi yang merupakan pengertian yang didefinisikan oleh *The National Council on Rehabilitation*. Maksud rehabilitasi sosial yakni memulihkan rasa sadar, rasa percaya terhadap individu itu sendiri, tanggung jawab terhadap keadaan ke depannya bagi individu tersebut, keluarga, atau lingkungan sosial, serta keinginan serta rasa mampu untuk melakukan aktivitas secara normal.

Kegiatan rehabilitasi sosial dilaksanakan pada saat merawat dan menangani individu mantan klien gangguan jiwa dari pelatihan fisik, sosial, mental serta kompetensi. Pelatihan atau tuntunan fisik jasmani mencakup pemenuhan keperluan pokok, tes medis terhadap fisik, dan olah raga. Pelatihan mental mencakup skrining kondisi kejiwaan, informasi mengenai kejiwaan dan tuntunan keagamaan. Pelatihan sosial mencakup pelatihan berbasis perseorangan dan grup. Pelatihan kompetensi kejuruan seperti keahlian membuat prakarya, mengolah makanan, bertani, menangkap ikan, membuat batu bata atau ubin.

Arah rehabilitasi ialah guna meningkatkan seseorang dalam kondisi rasa sadar akan tanggung jawab sosialnya serta dapat mencari peluang-peluang yang menguntungkan seperti kepandaian dan kegemaran, sehingga rasa sadar terhadap diri dan rasa pertanggungjawaban sosial terus tumbuh.

Terdapat tiga sistem pada model layanan rehabilitasi sosial berdasarkan pendekatannya (Ichwan Muis, 2010) diantaranya:

1. Sistem Panti

Layanan yang diberikan dalam kerangka panti adalah penyiapan proses kesejahteraan sosial yang diselenggarakan oleh panti dalam asrama yang sama secara berkesinambungan dalam kurun waktu tertentu bagi para klien guna mendorong adanya bantuan manfaat sehingga bisa meringankan masalah yang mereka hadapi. Semua yang dibutuhkan klien disediakan oleh lembaga yang bermaksud agar para klien dapat melakukan perubahan untuk mengatasi masalahnya melalui program-program pengarahan selama mereka menjalankan pegangan pemulihan. Pusat panti pemulihan sosial/rehabilitasi dipersiapkan dengan macam-macam alat keterampilan yang berbeda untuk melaksanakan program dan aktivitas rehabilitasi yang diatur agar lebih menguntungkan dan memberikan hasil yang lebih luas untuk dapat melaksanakan kapasitas sosial mereka dengan bijaksana.

2. Sistem Non Panti yang Berbasisikan Masyarakat

Layanan rehabilitasi non panti berorientasi pada masyarakat yang mengadakan rehabilitasi, yang mana dilaksanakan oleh masyarakat sebagai tenaga sosial yang berkoordinasi dengan lembaga masyarakat desa. Dalam sistem ini klien tidak berada di asrama namun petugas atau pekerja sosial yang datang untuk mengunjungi klien namun bisa juga klien yang datang ke pusat pelayanan. Dana yang digunakan adalah dana milik pemerintah maupun masyarakat.

Keluarga klien bersama masyarakat terlibat langsung dan bekerja sama untuk melaksanakan dan menangani orang dengan gangguan jiwa. Lembaga yang mengadakan melibatkan langsung guna keluarga lebih dapat memahami klien dan masyarakat diharapkan bisa memberikan dukungan dan dorongan yang baik bagi klien orang dengan gangguan jiwa.

3. Lingkungan Pondok Sosial

Pendekatan rehabilitasi yang mendalam dan terpadu dalam rangka memfungsikan kembali keadaan fisik, mental dan sosial serta pembangunan di lingkungan pondok sosial. Maksudnya yakni memberikan peluang pertumbuhan dan peningkatan keberfungsian sosial untuk memenuhi keperluan pribadi dirinya, keluarga, hingga masyarakat.

2.2.3 Tinjauan tentang Pekerja Sosial Kesehatan

2.2.3.1 Definisi Pekerja Sosial Kesehatan

Dalam artiannya profesi pekerja sosial didefinisikan merupakan cara perbantuan bagi pribadi, grup serta masyarakat saat bertemu setiap kesulitan yang dihadapi. Bantuan yang ditujui ialah profesional, objektif, dan ilmiah. Berdasarkan *National Association of Social Workers (NASW)* “*Social work is the proficient movement of making a difference people, bunches or communitie to enchance a reestablish their capacity for social working and to make societal conditions favorable to their gols*” (Adi Fahrudin 2012:60). Pengertian tersebut menjelaskan bahwa profesi pekerjaan sosial merupakan suatu aktivitas yang bersifat profesional untuk menolong, menyokong pribadi, grup juga masyarakat dalam menaikkan dan

menjadikan pulih keberfungsian sosial mereka juga mengadakan keadaan sosial yang mana akan menyokong haluan serta tujuan mereka.

Selanjutnya menurut Siporin memberikan definisi “*Social work is characterized as a social institutional strategy of helping individuals to anticipate and to resolve their social issues, to reestablish and enhance their social working*” (Adi Fahrudin 2012). Penjelasan tersebut menjelaskan bahwa meningkatkan keberfungsian sosial mereka serta memulihkannya, mencegah dan mengatasi permasalahan individu yang dibantu, yang mana merupakan metode kelembagaan sosial merupakan definisi pekerja sosial.

Menurut berbagai pengertian yang telah dikemukakan sebelumnya, bisa ditarik kesimpulan jika pekerjaan sosial yaitu profesi pelayanan manusia kepada individu, kelompok ataupun masyarakat dalam proses memberikan pelayanan sosialnya dilandasi oleh kemampuan dan intelektual dalam membantu menaikkan fungsi sosial (*social functioning*) seseorang lewat pemecahan masalah yang dihadapinya.

Pekerjaan sosial kesehatan didefinisikan sebagai praktik kerja sama pekerja sosial pada ranah kesehatan dan skema layanan Kesehatan pada masyarakat. Penyakit yang disebabkan atau dikaitkan dengan tekanan-tekanan sosial adalah hasil dari praktik pekerjaan sosial dalam bidang pelayanan kesehatan. Penyakit-penyakit ini menyebabkan ketidakmampuan dalam menjalankan fungsi relasi-relasi sosial.

Pada perkembangannya istilah "pekerjaan sosial medis" diganti dengan "pekerjaan sosial dalam pemeliharaan kesehatan". (*Social Work in Health Care*).

Dalam konteks pemeliharaan kesehatan, istilah "pekerjaan sosial" dianggap lebih luas dan fleksibel dibandingkan dengan istilah "pekerjaan sosial medis" yang hanya mengacu pada penyembuhan (*medicine*). Pekerjaan sosial di rumah sakit (*Social Work in Hospital*), pekerjaan sosial dalam keluarga (*Social Work in Family*), dan pekerjaan sosial dalam kesehatan masyarakat adalah contoh pekerjaan sosial dalam pemeliharaan Kesehatan (*Social Work in Public Health*).

2.2.3.2 Peran Pekerja Sosial Kesehatan

Pekerja Sosial kesehatan pada pelaksanaannya dalam menyelesaikan masalah memiliki peranan tersendiri antara lain:

a. Broker

Salah satu pekerjaan yang paling krusial bagi pekerja sosial adalah menjadi *broker* dalam pelayanan dan penanganan Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS), seperti orang dengan gangguan jiwa, serta menyediakan layanan masyarakat pula. Seorang *broker* membantu menghubungkan orang atau kelompok di masyarakat yang membutuhkan bantuan atau layanan masyarakat tetapi tidak yakin di mana atau bagaimana cara mengaksesnya, menurut Zastrow (Eko (2018: 27). Pekerja sosial berperan sebagai mediator antara sistem sumber daya lembaga dan kliennya. Untuk mengatur kualitas layanan sosial, pekerja sosial, yang bertindak sebagai perantara, juga mencoba membangun jaringan dengan penyedia layanan sosial. Karena begitu banyak orang yang tidak dapat mengakses sistem kesejahteraan sosial, perantara menjadi penting.

b. *Enabler*

Seperti yang dikemukakan oleh Zastrow, pekerja sosial memainkan peran penting sebagai *enabler* dalam membantu klien ODGJ untuk berintegrasi dan dapat diterima kembali ke masyarakat dan keluarganya setelah sembuh dalam (Eko 2018: 29). Karena didasarkan pada gagasan pemberdayaan dan menekankan pada kemampuan, bakat, dan kompetensi klien atau penerima layanan untuk menolong diri mereka sendiri, posisi *enabler* adalah yang paling sering digunakan dalam bidang pekerjaan sosial.

c. *Facilitator*

Barker menegaskan bahwa peran fasilitator pekerja sosial termasuk membantu klien dalam mengelola stresor transisional atau situasional. Tugas pekerja sosial adalah membantu klien mengambil keputusan yang telah diputuskan dan disepakati bersama dalam Eko 2018: 84).

Sebagai fasilitator, tanggung jawab pekerja sosial antara lain memenuhi kebutuhan kesehatan fisik ODGJ, mengatur jadwal kontrol ke dokter, memfasilitasi kebutuhan ODGJ, dan melaksanakan pemakaman bagi ODGJ yang meninggal dunia..

2.2.3.3 Praktik Pekerja Sosial terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa

Pada buku (Sheafor, hal. 557-561) terdapat tiga kategori gangguan mental berat yaitu skizofrenia, bipolar dan depresi berat. Seseorang yang mengalami gangguan kejiwaan berat ini menjadi kehilangan kontak dengan kenyataan, sedangkan orang lain mungkin hanya memiliki ingatan yang buruk, penilaian dan harga diri yang rendah. Skizofrenia adalah penyakit yang menyiksa dan

melemahkan. Sekitar 1 persen populasi menderita gangguan proses berpikir ini. Pengidapnya antara usia 15 dan 25 tahun, ketika *lobus frontal* otak yang kita gunakan *Tympneus* sering muncul antara usia 18 hingga 21 tahun dan meningkat karena tekanan emansipasi dari keluarga. Banyak ahli percaya bahwa lingkungan yang penuh tekanan, infeksi virus, dan kondisi fisiologis lainnya dapat menyebabkan seseorang terkena penyakit kejiwaan ini, sehingga banyak dari mereka yang terkena skizofrenia cenderung karena faktor keturunan. Penderita skizofrenia akan mengalami beberapa gejala ini:

1. Delusi (Memiliki keyakinan yang tidak faktual atau tidak berdasar)
2. Halusinasi (Mendengar suara adalah halusinasi yang paling umum; Visual seperti melihat hal-hal yang tidak ada, relatif jarang tetapi lebih sering terjadi. Individu juga menyalahgunakan obat-obatan terlarang atau obat-obatan psikiatris.
3. Pemikiran yang menyimpang (Memiliki koneksi tidak logis; secara cepat mengalihkan topik saya ke topik lain, mencapai kesimpulan yang tidak berhubungan dengan fakta atau logika; mengarang kata-kata atau menggunakan suara atau sesuatu untuk yang lain tidak berarti)
4. Pengaruh yang tak pantas (Tentang reaksi emosional yang sempit; emosi atau perasaan tidak sesuai dengan situasi; berbicara dengan nada monoton)
5. Penarikan diri secara ekstrim (Misalnya menarik diri dari pengalaman hidup sehari-hari dan kemunduran interaksi dalam kinerja kerja atau sekolah: sikap apatis dalam penampilan dan perawatan diri)

Sekitar seperempat dari total yang mengidap skizofrenia dapat pulih dan tak pernah kambuh lagi. Beberapa kadang-kadang kambuh. Antara 20 hingga 30 per persen mengembangkan gejala yang menetap sepanjang hidup

Dua jenis penyakit mental serius lainnya—depresi berat dan kelainan yang dikenal sebagai gangguan *mood* atau gangguan afektif. Individu yang menderita depresi berat mengalami perasaan sedih dan melankolis yang terus-menerus. Mereka sering kali menangis, mudah tersinggung, atau bermusuhan tanpa alasan yang jelas. Gejala lain yang umum terjadinya depresi adalah sebagai berikut:

1. Nafsu makan buruk dan penurunan berat badan atau peningkatan nafsu makan dan penambahan berat badan
2. Perubahan pola tidur (tidur terlalu sedikit atau terlalu banyak)
3. Kelelahan berlebihan, kehilangan energi
4. Perubahan tingkat aktivitas (baik meningkat atau menurun)
5. Hilangnya minat untuk bersama orang lain
6. Hilangnya minat atau kesenangan dalam aktivitas biasa
7. Penurunan gairah seksual
8. Berkurangnya kemampuan berpikir, berkonsentrasi, atau mengambil keputusan.
9. Kecemasan dan perenungan atas masalah
10. Perasaan tidak berharga atau rasa tidak berdaya yang berlebihan akan mencapai kesepakatan.
11. Pikiran yang berulang tentang kematian atau diri sendiri adalah pertanda kematian atau upaya untuk melakukan bunuh diri.

Sekitar 1 persen populasi menderita gangguan bipolar, yang ditandai dengan perubahan antara periode depresi dan mania (keadaan hiperaktif) Mania sering kali ditandai dengan kualitas-kualitas ini:

1. Suasana hati yang berlebihan atau mudah tersinggung
2. Menurunnya kebutuhan tidur
3. Meningkatnya rasa percaya diri dan ide-ide muluk
4. Meningkatnya energi dan aktivitas
5. Optimis yang berlebihan, penilaian yang buruk, perpecahan yang cepat dan impulsif
6. Ketidakbiasaan tingkat tinggi dalam pekerjaan, aktivitas menyenangkan dan kegiatan seksual.
7. Berbicara dengan cepat dan penuh tekanan serta pikiran yang berpacu.
8. Distraksi

Ketika bekerja dengan klien dengan penyakit mental yang serius, pekerjaan sosial harus mengikuti pedoman ini:

1. Penyakit-penyakit ini, terutama gangguan *mood*, biasanya dengan pengobatan yang tepat dapat efektif sembuh. Oleh sebabnya, orang yang memiliki gangguan mental serius harus berada di bawah perawatan dokter, sebaiknya psikiater, yang dapat meresepkan obat dan memantau efeknya. Kombinasi pengobatan dan bentuk perawatan kesehatan mental lainnya, seperti psikoterapi dan layanan suportif, merupakan pengobatan pilihan bagi kebanyakan orang dengan penyakit mental serius.

2. Karena depresi menimbulkan pola emosi yang intens dan perasaan putus asa, risiko bunuh diri harus selalu diminimalkan. Sekitar satu dari sepuluh meninggal karena bunuh diri. Pikiran melukai diri atau membunuh dirinya sendiri oleh seseorang yang mengidap skizofrenia menempatkannya pada risiko yang sangat tinggi.
3. Delusi adalah gejala umum dari skizofrenia. Orang yang mengalami skizofrenia mempercayai bahwa khayalan tersebut benar dan nyata hingga dapat memberikan penjelasannya. Dengarkan baik-baik khayalan tersebut dan cobalah memahami asumsi-asumsi yang mendasarinya, namun jangan menghakimi, menilai, atau berdebat atau menggunakan logika dalam upaya menghilangkan gejala ini. Jangan menantang pikiran-pikiran delusi tersebut, karena hal itu mungkin akan menghancurkan hubungan Anda dengan orang tersebut dan menyebabkan dia merasa marah dan disalahpahami. Menghadapi sebuah delusi meningkatkan risiko bahwa Anda akan menjadi bagian dari sistem pemikiran delusi dan mungkin didefinisikan sebagai musuh atau bagian dari plot atau konspirasi.
4. Kecil sekali persentase dari orang-orang yang menjadi psikotik akan mengalami halusinasi perintah, yaitu suara-suara yang memberitahu orang-orang tersebut untuk menyakiti diri mereka sendiri atau orang lain (misalnya, suara yang menyuruh mereka untuk melompat dari jembatan atau membunuh Walikota. Meskipun demikian, halusinasi perintah jarang, sangat berbahaya. Jika gejala ini tidak dapat dikendalikan dengan pengobatan, orang tersebut harus dirawat di rumah sakit.

5. Individu dengan penyakit mental yang persisten dan serius biasanya membutuhkan layanan yang dapat membantunya dalam tugas hidup sehari-hari. Layanan tersebut meliputi manajemen kasus, konseling, advokasi kasus, penganggaran, dan bantuan untuk mengamankan pendapatan, pekerjaan, perumahan, transportasi, perawatan medis, dan sejenisnya. Model *clubhouse* – yang memberikan dukungan sejawat, penerimaan, pekerjaan dan aktivitas yang bermakna, serta layanan lainnya – sangat membantu dan penting bagi orang dengan penyakit mental yang persisten.
6. Penyakit mental yang dialami anggota keluarga mempunyai dampak besar terhadap anggota keluarga lainnya. Pekerja sosial harus mengatasi kekhawatiran keluarga dengan melakukan hal berikut:
 - a. Bantulah anggota keluarga berduka atas kehilangan orang yang mereka kasihi yang, karena penyakit mental, kini tampak seperti orang asing.
 - b. Memberikan informasi praktis tentang penyakit mental. Tanyakan tentang kemungkinannya ketakutan akan serangan fisik dan kekhawatiran atas keputusan keuangan yang tidak bertanggung jawab oleh anggota keluarga yang mengidap sakit kejiwaan.
 - c. Doronglah anggota keluarga untuk bergabung pada kelompok swadaya atau dukungan seperti Aliansi Nasional untuk Mental III.
 - d. Tetap dapat diakses oleh keluarga, terutama pada saat krisis keluarga yang dapat memicu kekambuhan.

- e. Bantulah orang tua dan saudara kandung mengenali hak mereka sendiri untuk hidup terpisah kesedihan dan kekhawatiran yang mereka rasakan terhadap anggota keluarga pengidap gangguan mental.
 - f. Bantu anggota keluarga untuk mendapatkan layanan seperti manajemen kasus dan perawatan istirahat untuk membebaskan mereka dari tanggung jawab sehari-hari dalam memberikan perawatan dan memberikan kesempatan untuk istirahat dan pembaharuan.
 - g. Memberi tahu anggota keluarga tentang masalah dan hak hukum terkait dengan mendapatkan dan menolak pengobatan
7. Pengobatan dan pengelolaan penyakit mental dapat menjadi lebih rumit dengan adanya masalah serius lainnya seperti penyalahgunaan zat, gangguan kepribadian, atau gangguan perkembangan. cacat. Istilah diagnosis ganda diterapkan pada situasi seperti ini. Gangguan kepribadian sudah mendarah daging. pola respons dan perilaku emosional yang tidak fleksibel, seumur hidup, dan maladaptif yang sering kali merugikan atau menyusahkan orang lain. Namun, individu dengan gangguan kepribadian jarang melihat sesuatu yang tidak biasa dalam perilaku mereka dan biasanya menyalahkan orang lain atas kesulitan apa pun yang mereka hadapi dalam hidup. Karena mereka tidak merasakan sakit atau kecemasan batin, mereka biasanya tidak mencari pengobatan secara sukarela. Ada beberapa jenis gangguan kepribadian. Penyakit ini bukan kelainan otak dan tampaknya berkembang sebagai respons terhadap pengaruh keluarga dan sosial.

Dalam penelitian ini terdapat pula sistem dasar pekerja sosial sebagai berikut:

1. Sistem Pelaksana Perubahan (*Change Agent System*)

Sistem pelaksana perubahan adalah menunjuk pada sekelompok yang tugasnya memberikan bantuan atas dasar keahlian yang berbeda dan bekerja sama dengan sistem yang berbeda. Pelaksana perubahan yang utama adalah orang yang bertanggung jawab. Pelaksana perubahan merupakan seorang pemberi bantuan yang secara khusus dipekerjakan untuk tujuan mengadakan perubahan berencana. Kabupaten Banjarnegara.

2. Sistem Klien (*Client System*)

Klien yang dimaksud bias orang ialah individu, kelompok, masyarakat. Klien adalah setiap orang yang diharapkan menerima pelayanan dari pelaksana perubahan dan juga yang meminta bantuan dan terlibat dalam pelayanan yang diberikan oleh pekerja sosial.

3. Sistem Sasaran (*The Target System*)

Sistem sasaran adalah orang-orang yang dijadikan sasaran perubahan dimana perubahan yang terjadi diharapkan dapat mempengaruhi dan pencapaian tujuan pertolongan. Seorang pekerja sosial bekerja sama dengan klien menentukan tujuan perubahan dan menentukan orang tertentu yaitu sasaran, agar tujuan dapat dicapai.

4. Sistem Kegiatan (*The Action System*)

Menunjuk orang-orang bersama-sama pekerja sosial berusaha untuk menyelesaikan tugas-tugas dan mencapai tujuan usaha-usaha perubahan. Tujuan

penggunaan sistem kegiatan adalah untuk mempengaruhi orang-orang yang masih menjadi klien potensial agar beralih menjadi klien aktual.

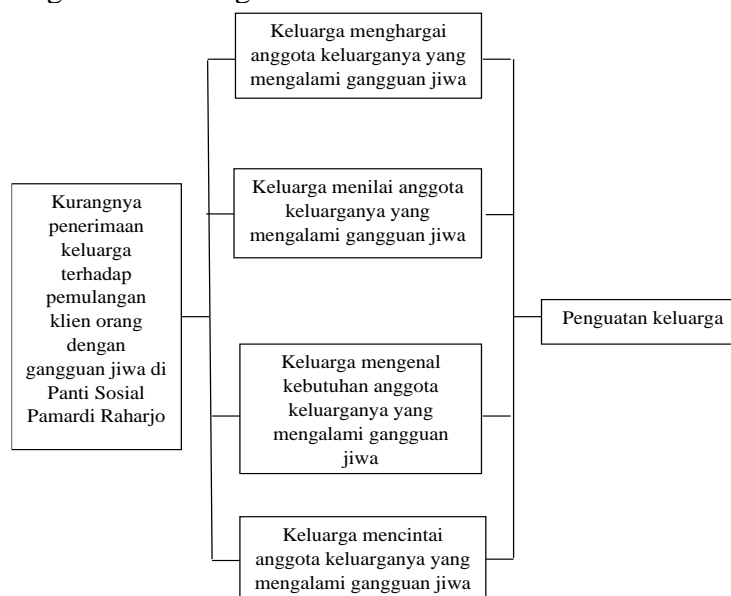
2.3 Kerangka Pikiran

Kerangka pemikiran, menurut Sapto Haryoko, adalah sebuah penelitian yang menggunakan dua atau lebih variabel. Hasilnya, kerangka pemikiran terdiri dari sejumlah variabel yang akan dijelaskan selama penelitian berlangsung.

Penerimaan keluarga terhadap pemulangan klien orang dengan gangguan jiwa, sangat penting bagi anggota tersebut yang menjadi ODGJ untuk diterima kembali dalam keluarganya. Adanya penolakan atau penerimaan dari keluarga merupakan masalah tersendiri.

Terdapat beberapa aspek penerimaan keluarga yaitu aspek menghargai anggota keluarga tersebut, aspek menilai, aspek pemenuhan kebutuhan, serta aspek keterlibatan.

Bagan 2. 1 Kerangka Pemikiran



Sumber: Hasil Pemikiran Peneliti 2024